

ACPの話し合いの場に参加したことがある消防本部は全国724本部中約30%とのことで、地域の介護の関係者や地域包括ケアの関係者とより交流を深めるためにも、医師会がもっと関わるべき課題と思われる。

全国に好事例は多いが、例えば東京都医師会の取り組みを紹介する。東京消防庁では「もともと心肺蘇生を望まない傷病者が119番を家族が慌ててしてしまった」ときの対応に関して活動基準を作っており、それができた2019年12月16日から2021年12月31日までの約2年間のデータを公表している。それによると、東京消防庁管内では年間約12,000人の心肺停止に伴う119番通報があり、救急隊が現場に行つて「実は心肺蘇生を望んでいない」と言われたのがこの間で240例あった。そのうち、かかりつけ医に連絡がとれたのは実に234例、97.5%であったという。そして結局不搬送が234例中225例、全体の割合でいうと93.8%であった。つまり搬送してしまったのは15例で、その内訳は「かかりつけ医に連絡がとれなかった」のが6例、「想定した心肺停止ではないので通常どおりの活動をして搬送してほしい」のが9例であった。ここで大切なのは、東京都医師会がかなり積極的に医師会員にアナウンスをした成果であるという。傾聴に値する事例と思われる。

4. 地域包括ケアシステムと救急医療体制

これまで述べてきたように、人生の最終段階にあ

る傷病者を地域で支えるには、繰り返しになるが「時々入院、ほぼ在宅」が基本となる。ACPを繰り返し、DNARを表明した傷病者が、状態の悪化を認めた際にかかりつけ医が在宅のまま加療するか、救急車で病院に搬送するかの判断は当然可能と思われる。例えば誤嚥性肺炎などは短期間の入院で帰宅可能かもしれない。その際に一般急性期病棟に入るか、地域包括ケア病棟に入るかは連携病院との話し合いで決まるであろう。そのためにも他職種で構成されたチーム医療が求められる。想定外の心肺停止以外は、三次救急の適応にはならない。これからも行政の関わりが重要になるであろうし、地域医療構想調整会議の場での議論も必要であろう。いずれも前章で述べた搬送の考え方が基礎となる。

5. おわりに

これまで述べてきたように、DNARもACPも認知度が低迷しており、いまだに高齢者施設などから心肺停止になる直前に救急救命センターに搬送されるケースが少なくないと聞く。医療従事者でさえも認知度は半数以下であることは重大であるが、こうした症例を少しでも減らすために医師会執行部として何ができるか、地域で日々奮闘している「かかりつけ医」を支えるために何ができるか、引き続き考えていきたい。

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。